

ÉDITORIAL

Ce second numéro de La Presse thermale et climatique nouvelle formule revêt une importance particulière puisqu'il publie les textes des deux tables-rondes du 22 novembre 2000 et du 10 janvier 2001 consacrées aux deux principaux problèmes qui se posent actuellement à la profession thermale : la sécurité sanitaire et la démonstration du " service médical rendu ".

Dans les deux cas, le thermalisme dispose d'acquis scientifiques lui permettant de prendre part aux débats. Le rôle des deux tables-rondes a été de les rassembler.

La première table-ronde, La légionellose en milieu thermal, s'est attachée au versant clinique du problème, hors aspects de contamination des réseaux d'eau et d'efficacité des mesures employées à la combattre.

Elle a comporté huit communications.

Dans son introduction, le président de la table-ronde, le Pr Hartemann, dont la modestie ne doit pas cacher la compétence et l'autorité, expose les lacunes dans nos connaissances aux trois stades de la gestion du risque que sont : 1. l'analyse du danger, c'est à dire la connaissance des légionelles dans leur biotope et leur pathogénicité, 2. l'analyse du risque, et notamment notre ignorance de la dose minimale infectante, 3. la connaissance de la réceptivité des populations. Si bien que, « quand on n'a pas d'informations sérieuses, la gestion du risque se fait sur la base d'une conception sécuritaire » selon un mixte des principes de prévention (risque connu pour la pathologie) et de précaution (risque inconnu pour les facteurs d'exposition). Les préconisations sont de bon sens : ne pas « infantiliser les acteurs avec une valeur couperet » mais les responsabiliser, au contraire, en mettant en place une gestion éclairée comportant une autosurveillance analytique d'une part, épidémiologique de l'autre, permettant de « fixer plusieurs seuils de légionelles avec une valeur cible à atteindre si possible, une valeur d'alerte et une valeur impérative », et de ne toucher à l'écologie qu'en cas de réelle nécessité.

L'expérience d'Aix-les-Bains est précieuse par la somme d'observations accumulées au cours de dix années par une enquête prospective de surveillance d'une pathologie ciblée, les pneumopathies, par un corps homogène de médecins informés, et par l'exploration simultanée de la contamination thermale par *Legionella*. Les informations portent sur la fréquence de l'affection, très modérée relativement à celle d'une population urbaine américaine, sur sa bénignité habituelle par comparaison avec ce qui est observé à l'hôpital, sur l'absence de parallélisme entre la contamination des thermes et la fréquence des pneumopathies au dessous d'un certain seuil pathologique, et sur l'importance de la formation des médecins thermaux à détecter et à traiter précocement par un antibiotique adapté.

Il revenait au Pr Elisabeth Bouvet de rappeler les éléments du diagnostic et du traitement de la légionellose pulmonaire. Le tableau n'est pas spécifique au début mais il est susceptible de se détériorer rapidement et « le délai de mise en route du traitement reste un point critique parce que le pronostic vital est en cause » ce qui conforte la remarque précédente de l'importance de la formation des médecins.

Pour le Centre national de référence des légionelles et le Pr Etienne qui le dirige, Monique Reyrolle a traité des aspects bactériologiques et écologiques de *Legionella* : ses réservoirs, les moyens de sa détection et de son identification, et ce qu'on sait de son génome, notamment des gènes de virulence. Là encore les connaissances sont insuffisantes pour édicter une conduite rationnelle : « le taux de légionelles admissible dans une eau n'est pas défini de façon claire car il dépend de l'évaluation du risque et comme la pathogénicité des souches n'est pas repérable ce risque est difficile à évaluer. La surveillance renforcée des cas de pneumopathies avec le diagnostic rapide de légionellose est une priorité. »

Laurent Gerbaud décrit le fonctionnement d'un réseau « sentinelle » d'observation des pathologies de rencontre des curistes d'une région thermique, l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne (OBRESA), qui regroupe dix stations avec l'appui de l'organisme Auvergne Thermale et de la DRASS Auvergne. Ces stations sont heureusement indemnes de *Legionella* mais leur observatoire, qui est une réalisation excellente, pourrait servir de modèle à toutes les régions thermales. A Balaruc, un système de surveillance voisin, exposé par Dominique Fournet, fonctionne depuis août 1994.

Enfin, Alain Françon rapporte les données d'une autre enquête de la station d'Aix-les-Bains qui a consisté en la surveillance de 465 cures chez des patients sélectionnés pour une vulnérabilité présumée aux infections en raison d'une immunodépression ou d'une insuffisance respiratoire. Ces patients présentent bien, en effet, une incidence d'événements infectieux supérieure à celle d'une population de curistes tout venant mais le taux reste faible et il s'agit d'infections bénignes. Une catégorie se révèle, toutefois, nettement plus exposée : celle qui est soumise à un certain type de traitement immunodépresseur qui doit désormais faire partie des contre-indications à la cure.

La rédaction de la revue a jugé utile d'ajouter deux fiches sur des sujets qui n'avaient pu être traités au cours de la table-ronde, concernant l'association de recherche ECO-MICTH et son programme d'étude des biotopes thermaux dont l'intérêt est manifeste, et la virulence de *Legionella*, déjà abordée par Monique Reyrolle, dont l'approche est riche d'indications utiles à la lutte contre les légionelloses.

Bien que venus d'horizons différents les intervenants ont tous tenu sensiblement le même discours : les connaissances des mécanismes de la contamination humaine par *Legionella* sont trop parcellaires pour qu'on puisse appuyer les mesures de santé publique sur la seule bactériologie environnementale. Il faut aussi, et peut-être surtout, s'orienter vers la constitution d'observatoires épidémiologiques comme ceux d'Auvergne ou d'Aix-les-Bains, qui permettent à la fois une bonne appréciation du

risque thermal et, par la mise en alerte des médecins, le contrôle thérapeutique d'une pathologie qui demeure bénigne quand elle est traitée à temps par un antibiotique adapté.

La seconde table-ronde a été consacrée au service médical rendu (SMR) par le thermalisme.

Le concept de SMR est, semble-t-il, français et récent. Destiné d'abord à aider à apprécier le taux de remboursement d'un médicament par la commission dite « de la transparence », il est apparu un bon critère de sélection des thérapeutiques à faire prendre en charge par la collectivité.

Le thermalisme a plusieurs raisons de s'évaluer à travers l'interrogation sur son SMR. D'abord, parce que cela lui est explicitement demandé par les pouvoirs publics, qu'il s'agisse du récent rapport de l'IGAS (« La seule approche possible pour justifier la prise en charge par l'assurance maladie des cures thermales est l'étude du service médical rendu. ») ou du Plan stratégique de la CNAM, de 1999, (« Simultanément pourrait être envisagée une expertise de l'éventuel service médical rendu par les cures thermales, correspondant aux orientations dont le déremboursement est proposé. »). Ensuite, parce que l'objectif du thermalisme n'est plus, depuis longtemps, sa « mise sur le marché » qui réclamerait les preuves contre placebo de son efficacité, mais la poursuite de sa prise en charge qui relève seulement de son SMR. Enfin, parce que les techniques d'appréciation du SMR (études pragmatiques, critères médico-économiques et de qualité de vie, préférence thérapeutique des patients) sont les plus adaptées à sa nature et donc, pour lui, l'approche la plus scientifique. Il ne lui servirait à rien de se parer des oripeaux des essais en double-aveugle de l'industrie pharmaceutique qu'il ne peut s'appliquer qu'au prix de distorsions multiples : la respectabilité scientifique qu'il en retirerait ne durerait pas plus que les modes et ne le mettrait pas longtemps à l'abri d'une condamnation par les mêmes augures qui auraient d'abord opiné du bonnet devant sa bonne volonté à se plier aux règles 'uniques' de l'évaluation.

Il faut comprendre les réticences de ces augures à renoncer aux acquis de l'évaluation thérapeutique moderne qui a mis un ordre bien nécessaire dans le fatras des remèdes empiriques hérités de la tradition ou proposés par l'industrie pharmaceutique. Renoncer au double-aveugle, ou à ses avatars, peut passer pour un retour en arrière inacceptable. Les mieux évaluées des thérapeutiques ne se réduisent cependant pas à leur seul effet physiologique : il participe chez chacune un phénomène de société dans l'usage qui en est fait. Les phénomènes de société s'évaluent aussi et les sciences humaines disposent d'instruments performants pour le faire. Encore faut-il s'en préoccuper.

Deux professeurs de thérapeutique ont participé à la table-ronde sur le SMR thermal.

Le premier, Bernard Bannwarth, en était le modérateur. Il s'est chargé de la définition et de la mise en évidence du SMR. Tout d'abord, le thermalisme doit choisir la catégorie dans laquelle il veut jouer : traitement symptomatique d'action immédiate et/ou différée, ou thérapeutique de fond ; thérapeutique se suffisant à elle-même ou intervenant en complément ; thérapeutique indispensable ou simple adjuvant aux autres traitements, voire ultime solution quand tout a échoué.

Vient ensuite l'emploi des critères que la commission de la transparence applique à l'évaluation des médicaments nouveaux pour évaluer leur ASMR (amélioration du SMR) dont va dépendre leur remboursement : rapport bénéfice/risques ; place dans la stratégie thérapeutique ; gravité de l'affection considérée ; caractère préventif, curatif ou symptomatique ; intérêt pour la Santé Publique qui découle des autres. Une ASMR I est hors de portée du thermalisme parce que réservée aux thérapeutiques d'intérêt majeur, capable de transformer le pronostic d'une affection sévère. Une ASMR II ou III correspond à une efficacité avérée à moindre risque dans une affection invalidante, tandis qu'une ASMR IV signifie un bénéfice modeste qui renvoie à des avantages de moindre coût ou seulement de « complément de gamme utile ». La plupart des nouveaux médicaments arrivant sur le marché ont une ASMR IV. « Il est probable que le thermalisme se situe à ce dernier niveau dans l'écrasante majorité des cas, soit en raison de son intérêt médico-économique, soit en tant qu'alternative thérapeutique ou « complément de gamme » utiles, parce qu'indispensable à certains malades qui n'ont pas répondu à d'autres modalités thérapeutiques. » conclut B Bannwarth avant de répondre à Patrice Queneau que « si on supprimait tous les médicaments qui sont au niveau IV, notre Vidal pèserait 200 g au lieu de 2 Kg ! » mais qu'il n'est pas exclu qu'un niveau III soit atteint dans certains cas « en raison notamment de sa tolérance s'il fait preuve d'une efficacité comparable à certains médicaments éprouvés. »

Reste ouverte la discussion sur les études nécessaires à l'établissement du SMR. Pour le modérateur, la démonstration du SMR passe par celle de l'efficacité physiologique à l'aide d'essais explicatifs contre placebo et analyse en aveugle des données tandis que les risques seront appréciés par un réseau de « crénovigilance ». L'étape SMR proprement dite vient ensuite ; elle recherche la place du thermalisme dans la stratégie thérapeutique par des essais pragmatiques randomisés sur des populations tout venant avec pour critère de jugement principal des échelles de qualité de vie, tout en s'efforçant de montrer un bénéfice en termes de réduction de consommation de soins et de médicaments. On peut voir dans la phase préalable des essais explicatifs un tribut excessif ou trompeur payé aux conventions en ce qu'ils ne conviennent ni aux caractéristiques ni à la position de la thérapeutique thermale exposées deux paragraphes plus haut. Le débat reste ouvert.

Le second enseignant, Pierre Ambrosi, a pris l'exemple des vasoactifs dans l'artériopathie des membres inférieurs. Cette classe de médicaments a essuyé les foudres de la commission de la transparence qui a conclu à leur absence de SMR et a préconisé leur déremboursement partiel. Ils interviennent cependant dans une maladie grave avec une bonne tolérance et une efficacité prouvée : la distance de marche sans douleur est augmentée sous produit actif de 30 à 70 m en moyenne selon les produits par rapport au placebo. Mais la rééducation à la marche permet un allongement de la distance totale de marche d'environ 150 m par rapport aux témoins. Il apparaît donc que, dans la stratégie thérapeutique, la rééducation doit être systématique et le traitement vasoactif subalterne, indiqué de préférence lorsque la rééducation est impossible (p. ex. sujet très âgé) ou a échoué, bien qu'il serait très excessif de refuser de reconnaître de l'intérêt à une classe de médicaments sous le seul prétexte qu'elle n'a qu'un rôle antalgique...

Le raisonnement peut s'appliquer au CO₂ thermal mais la cure ne se limite pas à l'application du CO₂. Elle est aussi l'occasion d'une prise en charge globale des patients qui comporte également la rééducation et la correction des facteurs de risque, axe majeur de la thérapeutique des artérites, ce qui accroît nettement le SMR thermal par rapport au seul traitement vasoactif.

L'enquête multicentrique de l'été 2000 sur le SMR thermal a été réalisée auprès de 128 patients ayant déjà effectué au moins une cure. Elle a consisté en la présentation d'un autoquestionnaire interrogeant sur le handicap, les bienfaits retirés de la cure, les effets indésirables, et la place estimée de la cure parmi les autres thérapeutiques utilisées. Le handicap varie selon les orientations mais peut être élevé (de 2,1/6 en urologie à 5,1/6 en dermatologie). Les effets secondaires sont jugés très faibles et le bénéfice est considéré comme important par plus de la moitié des participants. La cure est classée en première position parmi les diverses thérapeutiques utilisées par 77% des patients et en seconde position par 15%. Cette enquête d'opinion révèle un grand attachement des adeptes du thermalisme à cette thérapeutique qu'ils préfèrent aux autres manières de soigner leur maladie pour la grande majorité d'entre eux, en appuyant leur jugement sur une comparaison raisonnée. Cette préférence thérapeutique mérite d'être prise en considération même si son interprétation réclame un cadre conceptuel qui reste à définir.

Toutes les communications à la table-ronde ne sont pas rapportées ici. Certaines expériences thérapeutiques seront regroupées plus tard avec d'autres. En revanche on trouvera, en plus, l'exposé de l'enquête de juillet 1999 sur la douleur chez les curistes. Elle a concerné 579 patients recrutés par 57 médecins thermaux appartenant à 7 orientations thérapeutiques. La douleur varie avec les orientations thérapeutiques de 4/10 en rhumatologie à nulle en dermatologie. La consommation d'antalgiques est inconstante et souvent intermittente si bien que la douleur n'apparaît pas le meilleur signe pour caractériser la gravité des affections traitées par le thermalisme.

Un document a été ajouté par la rédaction en fiche complémentaire. Il s'agit des pages consacrées au thermalisme dans le Plan stratégique de la CNAMTS de 1999. Ces pages ne brillent pas par leur bienveillance ni par la pertinence de leurs conseils d'autant que les contradictions n'y manquent pas, mais elles sont utiles à connaître parce qu'ouvrant un débat sur le SMR que le thermalisme se doit de soutenir. Il doit démontrer qu'il conserve, au moins pour certaines pathologies, une utilité suffisante pour justifier sa prise en charge en dépit des progrès des autres thérapeutiques.

Deux des quatre articles originaux contenus dans la rubrique suivante de la revue contribuent au débat sur l'évaluation du thermalisme à travers son SMR.

Le premier porte sur l'emploi dans l'évaluation thermique d'un questionnaire générique de qualité de vie, le SF36, qui se révèle adapté à cet objectif dans plusieurs orientations thérapeutiques. Le travail a été initié par Jean-Louis Montastruc, professeur de pharmacologie clinique. Cette discipline, qui n'incline pas aux spéculations littéraires, possède cependant une branche, la pharmacoépidémiologie, qui prend en compte les phénomènes

de société liés au médicament dont il a été question plus haut. Cette branche développe des études d'épidémiologie descriptive de phase IV visant à quantifier non seulement l'efficacité et les effets indésirables des médicaments en situation d'utilisation courante, mais aussi les caractéristiques de leur utilisation : consommation, prescription, approche pharmacoéconomique. Les échelles de qualité de vie conviennent bien à ces études dont l'esprit apparaît donc très voisin de celui des enquêtes sur le SMR. L'expérience de la pharmacoépidémiologie peut être d'un grand apport.

Le second travail concerne l'urologie thermale et décrit l'une des actions spécifiques du thermalisme susceptibles d'expliquer son SMR. Jean Thomas y montre comment une technique de posturo-hydrologie peut réussir dans l'élimination des fragments lithiasiques restant après lithotripsie quand les autres moyens thérapeutiques ont échoué. Il montre aussi que la technique n'a pas pu être exportée en dehors du milieu thermal, une tentative d'adaptation dans un service d'urologie universitaire n'ayant pu aboutir durablement.

Des deux tables-rondes, il reste encore à dire un mot de leur présentation dans la revue. Les communications qui y ont été faites ont été rapportées sous la forme d'articles traditionnels chaque fois que les auteurs ont envoyé des textes écrits accompagnés de tableaux, figures et références. Dans les autres cas, il a été décidé de réaliser des montages, vérifiés par les auteurs, à partir de l'enregistrement de leur communication orale et de la copie de leurs transparents ou diapositives. Cette voie, qui a le mérite de respecter la dynamique de la forme orale, nous est apparue la seule capable de faire figurer des communications essentielles, les participants universitaires qui les ont le plus souvent produites n'étant pas toujours les plus disponibles pour les travaux de rédaction.

Depuis qu'elle a repris la gestion directe de sa revue, notre Société d'hydrologie s'implique davantage dans le rassemblement d'informations et de réflexions sur le thermalisme, notamment par l'organisation de la rencontre d'experts. La forme de la publication de ces informations et réflexions compte moins que leur fond.

La rédaction

